· 论著 ·

老年共病患者服药依从性及其影响因素研究

关新月，王萧冉，张丹 *

518055 广东省深圳市，清华大学医院管理研究院 清华大学深圳国际研究生院
* 通信作者：张丹，副教授；E-mail：zhang.dan@sz.tsinghua.edu.cn

【摘要】 **背景** 随着老龄化程度的加剧，慢性病共病患者在老年群体中出现的比例越来越高，慢性病共病患者能否严格遵医嘱服药影响着共病管理的效果。**目的** 调查广东省老年共病患者服药依从性，并分析其影响因素，为老年共病患者的共病管理提供依据。**方法** 2022 年 10 月—2023 年 3 月，采取多阶段分层整群随机抽样方法从广东省 27 个社区抽取 998 例 60 岁及以上共病患者进行调查。利用社区全科门诊、居民集中座谈的形式对共病患者进行面对面的询问方式完成匿名问卷调查。以服药依从性为因变量，以患者性别、年龄、婚姻状况、居住状况、文化程度、个人年收入、家人督促服药、家庭医生帮助、患病数量、病情了解度、药物关注度、BMI、吸烟、饮酒作为自变量，采用多因素 Logistic 回归模型分析广东省老年共病患者服药依从性的影响因素。**结果** 本次调查共发放 1000 份问卷，回收有效问卷 998 份，有效回收率为 99.8%。在 998 例广东省老年共病患者中，服药依从性好 719 例（72.0%），服药依从性差 279 例（28.0%）；男性 512 例（51.3%），女性 486 例（48.7%）。多因素 Logistic 回归分析结果显示：文化程度（高中 / 中专：*OR*=0.298，95%*CI*=0.117~0.762；大专及以上：*OR*=0.325，95%*CI*=0.127~0.831）、个人年收入（>3 万 ~5 万元：*OR*=7.694，95%*CI*=2.071~28.582；>5 万 ~10 万元：*OR*=12.408，95%*CI*=3.229~47.686；>10 万 ~20 万元：*OR*=4.893，95%*CI*=1.174~20.397）、家人督促服药频率（偶尔：*OR*=1.842，95%*CI*=1.222~2.779）、家庭医生帮助（略有帮助：*OR*=2.537，95%*CI*=1.531~4.205）、病情了解度（大部分了解：*OR*=3.015，95%*CI*=1.948~4.667；比较了解：*OR*=3.510，95%*CI*=1.955~6.300；了解一些 / 不了解：*OR*=3.469，95%*CI*=1.338~8.994）、药物关注度（大部分关注：*OR*=4.928，95%*CI*=3.336~7.278；比较关注：*OR*=3.670，95%*CI*=1.915~7.033；关注一些 / 不关注：*OR*=8.560，95%*CI*=2.497~29.33）、BMI（过低：*OR*=2.303，95%*CI*=1.154~4.598；超重 / 肥胖：*OR*=0.598，95%*CI*=0.390~0.915）、饮酒（*OR*=1.959，95%*CI*=1.270~3.022）是广东省老年共病患者服药依从性的影响因素（$P<0.05$）。**结论** 广东省老年共病患者服药依从性较好，为 72.0%。文化程度高中及以上、低收入人群、家人经常督促服药、家庭医生帮助大、很了解病情、很关注药物使用、超重 / 肥胖、不饮酒的广东省老年共病患者的服药依从性较好。而高收入人群、家人偶尔督促服药、家庭医生略有帮助、病情了解度低、药物关注度低、BMI 过低、饮酒的广东省老年共病患者的服药依从性较差。社会各方应联合起来采取多种措施，全方位提升老年共病患者的服药依从性，加强共病的整合管理，促进老年患者健康水平。

【关键词】 慢性病共病；老年人；服药依从性；影响因素分析；Logistic 回归分析；广东
【中图分类号】 R 36 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0674

Study of Medication Adherence and Its Influencing Factors among Elderly Patients with Multimorbidity

*GUAN Xinyue，WANG Xiaoran，ZHANG Dan**

Institute for Hospital Management of Tsinghua University/Tsinghua Shenzhen International Graduate School，Shenzhen 518055，China
Corresponding author：ZHANG Dan，Associate professor；E-mail：zhang.dan@sz.tsinghua.edu.cn

【Abstract】 **Background** As the aging population continues to increase，there has been a rise in the prevalence of multimorbidity in the elderly. The adherence to medication regimens by elderly patients with multimorbidity significantly impacts

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72004112）
引用本文：关新月，王萧冉，张丹 . 老年共病患者服药依从性及其影响因素研究［J］. 中国全科医学，2024.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0674.［www.chinagp.net］
GUAN X Y，WANG X R，ZHANG D，et al. Study of medication adherence and its influencing factors among elderly patients with multimorbidity［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

the effectiveness of chronic disease management. **Objective** This study analyses the factors that impact medication adherence among the elderly with multimorbidity in Guangdong province. This study aims to provide a foundation for the management of multimorbidity in this population. **Methods** A multi-stage stratified cluster random sampling method was used to survey a population of 998 multimorbid patients aged 60 years and above in Guangdong province. Medication adherence was the dependent variable，while patient sex，age，marital status，living conditions，education level，personal annual income，family encouragement for medication adherence，family doctor support，number of diseases，disease awareness，medication awareness，body mass index（BMI），smoking and alcohol consumption were considered as independent variables. Multiple Logistic regression analysis was used to identify the factors influencing medication adherence among elderly patients with multimorbidity in Guangdong Province. **Results** A total of 1，000 questionnaires were distributed and 998 valid questionnaires were collected，with a valid recovery rate of 99.8%. Among the 998 cases of elderly patients with multimorbidity in Guangdong Province，there were 719 cases（72.0%）with good adherence to medication and 279 cases（28.0%）with poor medication adherence；there were 512 cases（51.3%）of males and 486 cases（48.7%）of females. The results of multifactorial logistic regression analysis showed that：education level （high school/secondary school：OR=0.298，95%CI=0.117~0.762；college and above：OR=0.325，95%CI=0.127~0.831），personal annual income （>30 000~50 000 RMB：OR=7.694，95%CI=2.071~28.582；>50 000 to 100 000 RMB：OR=12.408，95%CI=3.229，47.686；>100 000 RMB to 200，000 RMB：OR=4.893，95%CI=1.174~20.397），and frequency of family members' supervision of medication taking （occasionally：OR=1.842，95%CI=1.222~2.779），family doctor's help （slightly helpful：OR=2.537，95%CI=1.531~4.205），understanding of the condition （mostly understood：OR=3.015，95%CI=1.948~4.667；better understood：OR=3.510，95%CI=1.955~6.300；some/no understanding：OR=3.469，95%CI=1.338~8.994），medication concern （mostly concerned：OR=4.928，95%CI=3.336~7.278；more concerned：OR=3.670，95%CI=1.915~7.033；somewhat concerned/unconcerned：OR=8.560，95%CI=2.497~29.33），BMI （too low：OR=2.303，95%CI=1.154~4.598；overweight/obese：OR=0.598，95%CI=0.390~0.915），and alcohol consumption （OR=1.959，95%CI=1.270~3.022） were the influencing factors of medication adherence among elderly patients with multimorbidity in Guangdong province（P<0.05）. **Conclusion** The elderly patients with multimorbidity in Guangdong province had better medication adherence，at 72.0%. The elderly patients with multimorbidity in Guangdong province with a high school education and above，low-income group，frequently urged to take medication by their family members，with a lot of help from their family doctors，with a good understanding of their condition，with a lot of concern about medication，overweight/obese，and not drinking alcohol had better adherence to their medication. On the other hand，medication adherence was poorer among the elderly patients with multimorbidity in Guangdong province who were high-income earners，occasionally urged to take medication by their family members，slightly assisted by their family doctors，had a low understanding of their condition，paid little attention to the use of medication，had a low BMI，and drank alcohol. All parties in society should join hands to take multiple measures to improve the medication adherence of elderly patients with multimorbidity in all aspects，strengthen the integrated management of multimorbidity，and promote the health of elderly patients.

【Key words】 Multimorbidity；Elderly patients；Medication adherence；Root cause analysis；Logistic regression analysis；Guangdong

随着各国老龄化程度的加剧，全球慢性病患病率随之上升，老年群体中同时患多种慢性病的患者比例越来越高[1-3]。2008 年，WHO 正式用“multimorbidity”一词来定义“共病”，即同一患者患有两种及两种以上的慢性病[4]。2016 年，WHO 追加了对共病（multimorbidity）的定义，即同一患者患两种及两种以上的慢性疾病、长期性精神障碍或长期性感染性疾病[5]。近年来许多研究已经表明，共病已经成为全世界人民健康的一大威胁[6-8]，我国由于人口基数大、老龄化进程快，共病问题同样突出，我国中老年人慢性病共病患病率为41%[9]。药物治疗是共病患者控制病情的重要方式之一，共病患者能否严格遵医嘱服药很大程度上影响共病管理的效果，服药依从性差会阻碍治疗和康复进程、增加再入院率和医疗费用，甚至导致病情恶化和死亡的发生[10-12]。本研究聚焦广东省老年共病患者的服药依从性，分析影响服药依从性的相关因素，为制定有效的老年慢病管理措施提供理论依据和参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2022 年 10 月—2023 年 3 月，采用多阶段分层整群随机抽样的方法抽取老年共病患者进行问卷调查。第一阶段根据经济水平和地理位置在广东省随机抽取 3 个城市，第二阶段在每个城市随机抽取 3 个区县，第三阶段在每个区县随机抽取 3 个社区。

纳入标准：（1）年龄≥ 60 岁；（2）经二级及以

上医院诊断患有高血压、糖尿病、血脂异常、恶性肿瘤、慢性肺部疾病、肝脏疾病、心脏病、脑卒中、肾脏疾病、胃部或消化系统疾病、精神及情感方面疾病、记忆相关性疾病、关节炎或风湿病、哮喘中2种及以上慢性病;（3）在该社区居住1年以上；（4）服用药物治疗1年以上。排除标准：（1）意识不清或有明显认知障碍，无法配合调查者;（2）听力或语言障碍，无法正常交流者;（3）不同意参与调查，不愿签署知情同意书者。

1.2 研究方法

根据健康状况调查量表（SF-36）中文版、健康促进生活方式量表（HPLP-C）、4条目Morisky问卷（MMAS-4）等设计《老年共病患者服药依从性影响因素调查问卷》，问卷调查内容包括患者性别、年龄、婚姻状况、居住状况、文化程度、个人年收入、BMI、患病数量、家人督促服药、家庭医生帮助、病情了解度、药物关注度、是否吸烟、是否饮酒、服药依从性等。

1.3 变量选择与定义

自变量按照WHO提出的服药依从性影响因素维度[13]可归纳为：（1）社会经济相关因素：性别、年龄、婚姻状况、居住状况、文化程度、个人年收入、家人督促服药；（2）医疗保健系统相关因素：家庭医生帮助；（3）疾病治疗相关因素：疾病数量；（4）患者相关因素：病情了解度、药物关注度、BMI、吸烟、饮酒。其中，BMI<18.5 kg/m^{2}为低体质量，18.5~23.9 kg/m^{2}为正常体质量，24.0~27.9 kg/m^{2}为超重，>27.9 kg/m^{2}为肥胖；吸烟指每天吸烟≥1支，且持续≥6个月；饮酒指每周饮酒≥1次，且持续≥6个月。因变量服药依从性的测量采用4条目Morisky服药依从性问卷[14]，包括“是否曾经忘记服药”“是否有时不注意服药”“自觉症状改善时是否曾停止服药”和“自觉症状更糟时是否曾停止服药”4项问题，若4项问题均回答“否”，即为服药依从性好，反之为服药依从性差。变量赋值情况见表1。

1.4 质量控制

虽然本调查问卷无法直接进行信效度分析，但该问卷所使用的量表均经过信效度分析验证，确保其可行性。此外，在问卷设计阶段通过德尔菲专家咨询法和预调查，验证了调查内容的有效性。问卷制作完成后，经过统一培训的社区医护人员作为调查员，采用社区全科门诊和居民座谈等形式，面对面地向共病患者进行匿名问卷调查。将有效问卷定义为调查数据完整无缺失值，并在分析中排除重复作答的问卷，以确保数据质量。

1.5 统计学方法

采用SPSS 26.0统计分析软件对本研究所有数据进行处理和分析。计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示；计数资料以相对数表示，组间比较采用χ^2检验。采用多因素Logistic回归分析探究广东省老年共病患者服药依从性的影响因素。以P<0.05为差异有统计学意义。

表1 变量赋值情况表
Table 1 Variable assignments

变量	赋值
服药依从性	0=服药依从性好，1=服药依从性差
性别	1=男，2=女
年龄	1=60~65岁，2=66~70岁，3=70岁以上
婚姻状况	1=已婚，2=未婚/分居/离异/丧偶
居住状况	1=独居，2=非独居
文化程度	1=小学及以下，2=初中，3=高中/中专，4=大专及以上
个人年收入	1=<1万元，2=1万~3万元，3=3.1万~5万元，4=5.1万~10万元，5=10.1万元~20万元
家人督促服药	1=经常，2=偶尔，3=没有
家庭医生帮助	1=帮助很大，2=略有帮助，3=帮助不大/没有帮助
患病数量	1=2种，2=3种，3=4种及以上
病情了解度	1=很了解，2=大部分了解，3=比较了解，4=了解一些/不了解
药物关注度	1=很关注，2=大部分关注，3=比较关注，4=关注一些/不关注
BMI	1=正常体质量，2=低体质量，3=超重/肥胖
吸烟	1=否，2=是
饮酒	1=否，2=是

2 结果

2.1 基本情况

本次调查共发放1000份问卷，回收有效问卷998份，有效回收率为99.8%。在998例广东省老年共病患者中，服药依从性好719例（72.0%），服药依从性差279例（28.0%）；男性512例（51.3%），女性486例（48.7%）；60~65岁623例（62.4%），66~70岁304例（30.5%），>70岁71例（7.1%）；已婚934例（93.6%）；独居53例（5.3%）；文化程度为小学及以下37例（3.7%）。

2.2 广东省老年共病患者服药依从性影响因素的单因素分析

单因素分析结果显示，不同性别、婚姻状况、居住情况、患病数量患者服药依从性情况比较，差异无统计学意义（P>0.05）；不同年龄、文化程度、个人年收入、家人督促服药频率、家庭医生帮助程度、病情了解度、药物关注度、BMI、吸烟状况、饮酒状况患者服药依从性情况比较，差异有统计学意义（P<0.05），见表2。

2.3 广东省老年共病患者服药依从性影响因素的多因素Logistic回归分析

以老年共病患者的服药依从性好差为因变量（赋值：0=好，1=差），将单因素分析中有统计学意义的因素作为自变量纳入多因素Logistic回归分析，统计检验水



表 2 广东省老年共病患者服药依从性影响因素的单因素分析［例（%）］

Table 2 Univariate analysis on influencing factors for medication adherence of elderly patients with multimorbidity in Guangdong Province

变量	例数	依从性好	依从性差	χ^2 值	*P* 值
性别				0.069	0.792
男	512	367（71.1）	145（28.3）		
女	486	352（72.4）	134（27.6）		
年龄				8.452	0.015
60~65 岁	623	461（74.0）	162（26.0）		
66~70 岁	304	217（71.4）	87（28.6）		
>70 岁	71	41（57.7）	30（42.3）		
婚姻状况				2.163	0.141
已婚	934	678（72.6）	256（27.4）		
未婚 / 分居 / 离异 / 丧偶	64	41（64.1）	23（35.9）		
居住情况				0.472	0.492
独居	53	36（67.9）	17（32.1）		
非独居	945	683（72.3）	262（27.7）		
文化程度				12.894	0.005
小学及以下	37	20（54.1）	17（45.9）		
初中	183	119（65.0）	64（35.0）		
高中 / 中专	300	225（75.0）	75（25.0）		
大专及以上	478	355（74.3）	123（25.7）		
个人年收入				34.615	<0.001
<1 万元	22	17（77.3）	5（22.7）		
1 万 ~3 万元	149	107（71.8）	42（28.2）		
>3 万 ~5 万元	353	252（71.4）	101（28.6）		
>5 万 ~10 万元	286	179（62.6）	107（37.4）		
>10 万 ~20 万元	188	164（87.2）	24（12.8）		
家人督促服药				79.306	<0.001
经常	757	590（77.9）	167（22.1）		
偶尔	209	100（47.8）	109（52.2）		
没有	32	29（90.6）	3（9.4）		

变量	例数	依从性好	依从性差	χ^2 值	*P* 值
家庭医生帮助				69.592	<0.001
帮助很大	501	409（81.6）	92（18.4）		
略有帮助	134	62（46.3）	72（53.7）		
帮助不大 / 没有帮助	363	248（68.3）	115（31.7）		
患病数量				5.574	0.062
2 种	350	268（76.6）	82（23.4）		
3 种	459	321（69.9）	138（31.1）		
4 种及以上	189	130（68.8）	59（31.2）		
病情了解度				118.262	<0.001
很了解	427	381（89.2）	46（10.8）		
大部分了解	410	257（62.7）	153（37.3）		
比较了解	126	64（50.8）	62（49.2）		
了解一些 / 不了解	35	17（48.6）	18（51.4）		
药物关注度				204.707	<0.001
很关注	618	543（87.9）	75（12.1）		
大部分关注	284	137（48.2）	147（51.8）		
比较关注	76	32（42.1）	44（57.9）		
关注一些 / 不关注	20	7（35.0）	13（65.0）		
BMI				25.886	<0.001
正常	630	435（69.0）	195（31.0）		
过低	56	30（53.6）	26（46.4）		
超重 / 肥胖	312	254（81.4）	58（18.6）		
吸烟				17.310	<0.001
否	851	634（74.5）	217（25.5）		
是	147	85（57.8）	62（42.2）		
饮酒				37.771	<0.001
否	759	584（76.9）	175（23.1）		
是	239	135（56.5）	104（43.5）		

准为 α=0.05，结果见表 3。对模型进行似然比检验，χ^2=356.711，*P*<0.001，模型总体有统计学意义；模型拟合优度检验，χ^2=7.767，*P*=0.457，*P*>0.05，模型拟合优度效果较好；模型预测的准确值为 81.1%。结果显示，文化程度、个人年收入、家人督促服药频率、家庭医生帮助、病情了解度、药物关注度、BMI、饮酒状况是老年共病患者服药依从性的影响因素（*P*<0.05）。广东省老年共病患者服药依从性差的发生风险，文化水平高者于低文化水平低者（*OR*=0.298，95%*CI*=0.117~0.762；*OR*=0.325，95%*CI*=0.127~0.831）；年收入水平高者高于年收入水平低者（*OR*=7.694，95%*CI*=2.071~28.582；*OR*=12.408，95%*CI*=3.229~47.686；*OR*=4.893，95%*CI*=1.174~20.397）；家人偶尔督促服药者高于家人经常督促服药者（*OR*=1.842，95%*CI*=1.222~2.779）；获得家庭医生帮助少者高于获得帮助多者（*OR*=2.537，95%*CI*=1.531~4.205）；病情了解程度低者高于病情了解程度高者（*OR*=3.015，95%*CI*=1.948~4.667；*OR*=3.510，95%*CI*=1.955~6.300；*OR*=3.469，95%*CI*=1.338~8.994）；药物关注度低者高于药物关注度高者（*OR*=4.928，95%*CI*=3.336~7.278；*OR*=3.670，95%*CI*=1.915~7.033；*OR*=8.560，95%*CI*=2.497~29.33）；体质量过轻者高于正常者（*OR*=2.303，95%*CI*=1.154~4.598），体质量超重或肥胖者低于正常者（*OR*=0.598，95%*CI*=0.390~0.915）；饮酒者高于不饮酒者（*OR*=1.959，95%*CI*=1.270~3.022），见表 3。

3 讨论

3.1 老年共病患者服药依从性的基本情况

本研究结果显示，广东省老年共病患者服药依从性好的比例为 72.0%（719/998），高于国内其他研究结果，如 2016 年佛山市共病患者服药依从性好的比例为

表 3 广东省老年共病患者服药依从性影响因素 Logistic 回归分析

Table 3 Multivariate Logistic regression analysis on influencing factors for medication adherence of elderly patients with multimorbidity in Guangdong Province

变量	*β*	*SE*	Wald χ^2 值	*P* 值	*OR* 值	95%*CI*
年龄（以 60~65 岁为参照）						
66~70 岁	−0.111	0.208	0.286	0.593	0.895	（0.595~1.345）
>70 岁	0.662	0.358	3.423	0.064	1.939	（0.961~3.910）
文化程度（以小学及以下为参照）						
初中	−0.679	0.465	2.138	0.144	0.507	（0.204~1.260）
高中 / 中专	−1.210	0.478	6.396	0.011	0.298	（0.117~0.762）
大专及以上	−1.124	0.479	5.512	0.019	0.325	（0.127~0.831）
个人年收入（以 <1 万元以下为参照）						
1 万 ~3 万元	1.271	0.668	3.625	0.057	3.565	（0.963~13.192）
>3 万 ~5 万元	2.040	0.670	9.288	0.002	7.694	（2.071~28.582）
>5 万 ~10 万元	2.518	0.687	13.442	<0.001	12.408	（3.229~47.686）
>10 万 ~20 万元	1.588	0.728	4.753	0.029	4.893	（1.174~20.397）
家人督促服药频率（以经常为参考）						
偶尔	0.611	0.210	8.499	0.004	1.842	（1.222~2.779）
没有	−2.040	0.726	7.905	0.052	0.130	（0.031~0.537）
家庭医生帮助（以帮助很大为参照）						
略有帮助	0.931	0.258	13.046	<0.001	2.537	（1.531~4.205）
帮助不大 / 没有帮助	0.254	0.214	1.410	0.235	1.289	（0.848~1.960）
病情了解度（以很了解为参照）						
大部分了解	1.104	0.223	24.541	<0.001	3.015	（1.948~4.667）
比较了解	1.256	0.298	17.696	<0.001	3.510	（1.955~6.300）
了解一些 / 不了解	1.244	0.486	6.548	0.011	3.469	（1.338~8.994）
药物关注度（以很关注为参照）						
大部分关注	1.595	0.199	64.235	<0.001	4.928	（3.336~7.278）
比较关注	1.300	0.332	15.358	0.000	3.670	（1.915~7.033）
关注一些 / 不关注	2.147	0.628	11.670	0.001	8.560	（2.497~29.339）
BMI（以正常为参照）						
过低	0.834	0.353	5.598	0.018	2.303	（1.154~4.598）
超重 / 肥胖	−0.515	0.217	5.602	0.018	0.598	（0.390~0.915）
吸烟（以否为参照）						
是	0.287	0.272	1.108	0.293	1.332	（0.781~2.272）
饮酒（以否为参照）						
是	0.673	0.221	9.251	0.002	1.959	（1.270~3.022）

54.6%[15]、2017 年长沙市老年共病患者服药依从性好的比例为 56.20%[16]、2017 年山东省农村老年慢性病患者服药依从率为 37.6%[17]，提示目前广东省老年共病患者整体服药依从性较好。自 2017 年起广东省全面实施“强基层”工程，积极推动医疗资源的整合与共享，基层医疗卫生机构得到大力支持和发展，基层医疗卫生服务能力显著提升，慢性病管理逐渐下沉至社区，定期为老年患者开展体检、义诊、健康咨询等，加强对老年共病患者的疾病管理，使得老年患者能够更加方便地接受专业的医疗照顾和健康服务，这有利于从整体上提高广东省老年共病患者的服药依从性。

3.2 服药依从性的影响因素

3.2.1 社会经济相关因素：本研究结果表明，在社会经济相关因素中，患者的文化程度是影响服药依从性的重要因素之一，文化水平越高，患者发生服药依从性差的风险越低，这一发现与国内部分学者的研究结果相似[18–19]。文化水平较低的患者可能因为其认知理解能力和学习能力不足，又不愿意接受科学指导和建议，导致服药依从性较差。相比之下，文化水平较高的患者更容易理解相关疾病和药物知识，在日常生活中表现出更好的服药依从性。

本研究还发现患者个人年收入是影响服药依从性的重要因素，收入高的患者比收入低的患者出现服药依从性差的风险更高，这与部分学者的研究结果相反[20–21]。这可能是由于低收入患者出于减少治疗费用的考虑，更加注意按医嘱规定来服药[22–23]。

家人的督促也是影响老年共病患者服药依从性的重要因素之一。随着年龄的增长，老年人的记忆力可能出现下降，容易出现少服药、漏服药等情况。在这种情况下，家人的及时提醒和督促能够有效改善患者的服药情况[24]，有助于提高患者的服药依从性。对于老年共病患者，家庭成员的支持和参与在提高服药依从性方面起着至关重要的作用。

3.2.2 医疗保健系统相关因素：在本研究中，获得家庭医生的帮助与患者的服药依从性密切相关。家庭医生在与患者日常接触交流过程中，不仅能为患者提供不同程度的健康咨询、健康教育和健康评估等服务，还能向患者传授疾病相关的知识和药物使用注意事项，督促患者按时服药。此外，良好的医患关系也被发现能够提高患者的服药依从性[25]。因此，积极获得家庭医生的帮助对于患者具有更好的服药依从性是非常重要的。

3.2.3 患者相关因素：本研究发现患者对自己的病情越了解，对药物的关注度越高，其服药依从性越好，这与其他学者的研究结果相一致[26–27]。事实上，PENDER 等[28]研究也表明，患者对于某项疾病预防和治疗方面的知识了解程度会影响其健康行为。当患者对疾病有较深入的了解，更愿意关注和学习有关药物治疗的相关知识时，其能够更好地理解医生的建议，并在日常生活中更加积极地依从治疗方案，进而提高服药依从性。相反，当患者对疾病了解程度较低，对药物使用关注度不高，常导致一些不良用药行为的出现，如擅自停药、错误服药、不按时服药等行为，这显然会降低服药依从性[29–30]。

此外，本研究还发现，BMI 超重和肥胖的老年共病患者的服药依从性也更好，这与 LIU 等[31]研究结果相一致。超重和肥胖是许多慢性病的危险因素，如高血压、糖尿病等[32–33]，由于患者体质量偏高，医务人员更倾

向于对这类患者进行密切关注和监督，因此这些患者在服药依从性方面表现得更好。

在患者健康行为方面，本研究发现饮酒的患者相比不饮酒的患者，其服药依从性较差，与国内的一些学者的研究结果相似[34]。饮酒可能对患者的认知和判断能力产生负面影响，导致他们在服药方面出现忽视和疏漏的情况。此外，饮酒行为可能导致患者对治疗方案的执行态度不够严谨，从而降低服药依从性水平。健康行为的缺乏可能反映了患者对自身健康的关注程度不足，缺乏自律和积极的生活态度，这种消极的生活行为可能导致他们对药物治疗的重要性认识不足，因此在服药依从性方面表现较差[26，35-36]。

4 建议

综上所述，研究表明广东省老年共病患者的服药依从性受社会经济、医疗保健系统、患者本身等多方面因素的影响，并且随着老龄化程度的加剧，老年共病患者数量不断增加，给慢性共病的管理带来了更多挑战，患者、家庭成员、社区、医疗团队应多方联合起来加强对老年共病的管理。首先，加强健康教育工作至关重要。特别是针对不同文化程度的患者，应对应提供易于理解和接受的健康知识和治疗信息，可通过宣传资料、健康讲座等形式加强健康教育，提高患者对健康的重视程度与健康素养，加强老年共病患者对自己病情的了解，患者对于所患疾病预防和治疗方面的知识了解程度会提高其服药依从性。其次，家庭成员在老年共病患者的健康管理过程中起着重要作用。应鼓励家庭成员对老年共病患者提供更多关心和支持，并且协同社区服务团队、家庭医生团队，从多维度监督和管理患者的用药，共同关注患者的健康状况。另外，基层医疗机构可以开展更有针对性的老年患者健康管理计划，定期监测患者各项身体指标，引导患者养成锻炼等良好的生活习惯，改善吸烟、饮酒等不良生活行为，提升整体健康状态。通过多方的综合性措施，可以为老年共病患者提供更全方位的慢病管理，为老年人的健康保驾护航。

作者贡献：关新月、王萧冉、张丹提出主要研究目标，构思与设计研究思路，实施具体研究过程；关新月、王萧冉对数据进行收集与整理，进行统计学分析，绘制图表，撰写论文；张丹对论文进行修订，负责文章的质量控制与审查，对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

张丹：https://orcid.org/0000-0002-5699-752X

参考文献

[1] SAKIB M N，SHOOSHTARI S，JOHN P S，et al. The prevalence of multimorbidity and associations with lifestyle factors among middle-aged Canadians：an analysis of Canadian Longitudinal Study on Aging data［J］. BMC Public Health，2019，19（1）：243. DOI：10.1186/s12889-019-6567-x.

[2] SINGER L，GREEN M，ROWE F，et al. Trends in multimorbidity，complex multimorbidity and multiple functional limitations in the ageing population of England，2002-2015［J］. J Comorb，2019，9：2235042X19872030. DOI：10.1177/2235042X19872030.

[3] 闫伟，路云，张冉，等 . 基于 CHARLS 数据分析的我国老年人共病现状研究［J］. 中华疾病控制杂志，2019，23（4）：426-430. DOI：10.16462/j.cnki.zhjbkz.2019.04.012.

[4] WHO. Primary health care：now more than ever ［M］. Geneva：World Health Organization，2008.

[5] MERCER S，FURLER J，MOFFAT K R，et al. Multimorbidity：technical series on safer primary care［M］. Geneva：World Health Organization，2016.

[6] SUGIYAMA Y，MUTAI R，AOKI T，et al. Multimorbidity and complex multimorbidity，their prevalence，and associated factors on a remote island in Japan：a cross-sectional study［J］. BMC Prim Care，2022，23（1）：258. DOI：10.1186/s12875-022-01860-2.

[7] TAN S Y，LEW K J，XIE Y，et al. Healthcare cost of patients with multiple chronic diseases in Singapore public primary care setting［J］. Ann Acad Med Singap，2021，50（11）：809-817. DOI：10.47102/annals-acadmedsg.2021246.

[8] NGUYEN H，MANOLOVA G，DASKALOPOULOU C，et al. Prevalence of multimorbidity in community settings：a systematic review and meta-analysis of observational studies［J］. J Comorb，2019，9：2235042X19870934. DOI：10.1177/2235042X19870934.

[9] 王梅杰，周翔，李亚杰，等 . 2010—2019 年中国中老年人慢性病共病患病率的 Meta 分析［J］. 中国全科医学，2021，24（16）：2085-2091. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.477.

[10] OSTERBERG L，BLASCHKE T. Adherence to medication［J］. N Engl J Med，2005，353（5）：487-497. DOI：10.1056/NEJMra050100.

[11] LAI X X，ZHU H W，HUO X P，et al. Polypharmacy in the oldest old（≥ 80 years of age）patients in China：a cross-sectional study［J］. BMC Geriatr，2018，18（1）：64. DOI：10.1186/s12877-018-0754-y.

[12] CUTLER R L，FERNANDEZ-LLIMOS F，FROMMER M，et al. Economic impact of medication non-adherence by disease groups：a systematic review［J］. BMJ Open，2018，8（1）：e016982. DOI：10.1136/bmjopen-2017-016982.

[13] BURKHART P V，SABATÉ E. Adherence to long-term therapies：evidence for action［J］. J Nurs Scholarsh，2003，35（3）：207.

[14] MORISKY D E，GREEN L W，LEVINE D M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence［J］. Med Care，1986，24（1）：67-74. DOI：10.1097/00005650-198601000-00007.

[15] 王金明，林盛强，杨玉明，等 . 社区共病患者服药依从性及影响因素调查分析［J］. 中国全科医学，2017，20（23）：2827-2831. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2017.04.y03.

[16] 缪琴，刘竟芳 . 长沙市城区老年慢性病患者服药依从性影响因素研究［J］. 中南药学，2019，17（10）：1783-1787. DOI：10.7539/j.issn.1672-2981.2019.10.045.

[17] 高兆溶，秦文哲，张娇，等 . 山东省农村老年慢性病患者服药依从性及其影响因素分析[J]. 中国公共卫生，2022，38（4）：410-413. DOI：10.11847/zgggws1129948.

[18] 李克，刘永新，朱振兴，等 . 基于 Andersen 行为模型探讨高血压患者服药依从性的影响因素研究[J]. 中国医院用药评价与分析，2020，20（5）：613-616. DOI：10.14009/j.issn.1672-2124.2020.05.027.

[19] 明慧，付谦，贺知菲，等 . 农村高血压患者治疗依从性及影响因素分析[J]. 医学与社会，2017，30（5）：55-59. DOI：10.13723/j.yxysh.2017.05.018.

[20] MAYO-GAMBLE T L，MOUTON C. Examining the association between health literacy and medication adherence among older adults[J]. Health Commun，2018，33（9）：1124-1130. DOI：10.1080/10410236.2017.1331311.

[21] 侯晓林，曾庆华，赵志颖 . 某三甲医院门诊老年高血压病患者服药依从性现状及影响因素分析[J]. 中国卫生事业管理，2019，36（1）：37-39.

[22] LEE C Y，HUANG C C，SHIH H C，et al. Factors influencing antihypertensive medication compliance in Taiwan：a nationwide population-based study[J]. Eur J Prev Cardiol，2013，20（6）：930-937. DOI：10.1177/2047487312451252.

[23] SIEGAL B，GREENSTEIN S. Compliance and noncompliance in kidney transplant patients：cues for transplant coordinators[J]. J Transpl Coord，1999，9（2）：104-108. DOI：10.7182/prtr.1.9.2.a67514546814h767.

[24] 黄茶英，刘小春，罗连华 . 家属监督及陪伴对老年获得性免疫缺陷综合征患者病耻感及服药依从性的影响[J]. 中国老年学杂志，2021，41（19）：4414-4417. DOI：10.3969/j.issn.1005-9202.2021.19.075.

[25] BURNIER M，EGAN B M. Adherence in Hypertension A Review of Prevalence，Risk Factors，Impact，and Management[J]. Circulation Research，2019，124（7）：1124-1140. DOI：10.1161/circresaha.118.313220.

[26] SAQLAIN M，RIAZ A，MALIK M N，et al. Medication adherence and its association with health literacy and performance in activities of daily livings among elderly hypertensive patients in Islamabad，Pakistan[J]. Medicina，2019，55（5）：163. DOI：10.3390/medicina55050163.

[27] PERSELL S D，KARMALI K N，LEE J Y，et al. Associations between health literacy and medication self-management among community health center patients with uncontrolled hypertension[J]. Patient Prefer Adherence，2020，14：87-95. DOI：10.2147/PPA.S226619.

[28] PENDER N J，WALKER S N，SECHRIST K R，et al. Predicting health-promoting lifestyles in the workplace[J]. Nurs Res，1990，39（6）：326-332.

[29] 田雪莹，张丙银，杜军芳，等 . 山东农村高血压患者防治知识知晓程度及服药依从性相关研究[J]. 中国慢性病预防与控制，2021，29（3）：178-182. DOI：10.16386/j.cjpccd.issn.1004-6194.2021.03.004.

[30] ZHENG F，DING S Q，LAI L，et al. Relationship between medication literacy and medication adherence in inpatients with coronary heart disease in Changsha，China[J]. Front Pharmacol，2019，10：1537. DOI：10.3389/fphar.2019.01537.

[31] LIU J J，YANG Y，ZHOU J Y，et al. Prevalence and associated factors of compliance behaviors among middle-aged and older hypertensive patients in China：results from the China health and retirement longitudinal study[J]. Int J Environ Res Public Health，2020，17（19）：7341. DOI：10.3390/ijerph17197341.

[32] 陈伟标，张艳，袁雪丽，等 . 深圳市老年人“三高” 共病现状及关联因素分析[J]. 中国慢性病预防与控制，2023，31（1）：51-55. DOI：10.16386/j.cjpccd.issn.1004-6194.2023.01.012.

[33] 刘银杏，徐珊，陈洪恩，等 . 老年人肥胖指标与慢性病共病的关系[J]. 现代预防医学，2023，50（10）：1754-1759. DOI：10.20043/j.cnki.MPM.202210078.

[34] 王永馨，李小菊，井明霞，等 . 社区老年高血压患者服药依从性影响因素的路径分析[J]. 中国全科医学，2021，24（4）：503-508. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.409.

[35] PARK N H，SONG M S，SHIN S Y，et al. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension[J]. Int J Older People Nurs，2018，13（3）：e12196. DOI：10.1111/opn.12196.

[36] 张向京，岳建华，林锐 . 健康行为 HAPA 模型为指导提高老年高血压患者自我效能、心理健康和服药依从性的影响[J]. 中国健康心理学杂志，2021，29（8）：1199-1204. DOI：10.13342/j.cnki.cjhp.2021.08.019.

（收稿日期：2023-11-01；修回日期：2024-01-01）

（本文编辑：毛亚敏）